

LA GESTION DU DÉNI CHEZ LES AUTEURS D'INFRACTION À CARACTÈRE SEXUEL

Dans cette courte revue de littérature, nous utilisons le terme « dénégateur » pour référer à un auteur d'infraction à caractère sexuel (AICS) qui nie ou minimise un ou des aspects de son passage à l'acte délictuel sexuel. Ce terme est préféré au terme « négateur » puisqu'il fait davantage référence au mécanisme de défense sous-jacent, soit le déni, et reflète ainsi mieux la conceptualisation actuelle de la réfutation des délits commis. Notons qu'il existe des nuances sémantiques et conceptuelles entre le concept de dénégation et le concept de déni, mais que dans le présent texte, les deux notions sont confondues.



STATISTIQUES SUR LE DÉNI

Le déni n'est pas un phénomène rare. Craissati (2015) rapporte qu'environ 30% des AICS présenteraient un déni total des actes commis et qu'entre 50 et 87% des AICS présenteraient une forme partielle ou complète de déni (en début de traitement). Langton et al. (2008) observent dans leur échantillon que 67% des AICS minimisent au moins un aspect de leurs délits sexuels, alors que le taux de déni complet à la fin du traitement est d'à peine 10%. Or, nous savons que la complétion du traitement spécialisé en délinquance sexuelle serait associée à une diminution du risque de récidive sexuel. Nous savons aussi que le déni ne serait pas spécifiquement associé au risque de récidive (Hanson & Morton-Bourgon, 2005; Harkins et al., 2015; Yates, 2009). Nous verrons avec ces données comment il est important de réfléchir à cette pratique, largement répandue, de refuser les dénégateurs en traitement. Regardons en détail ces données.

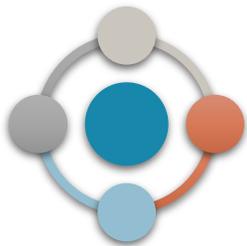
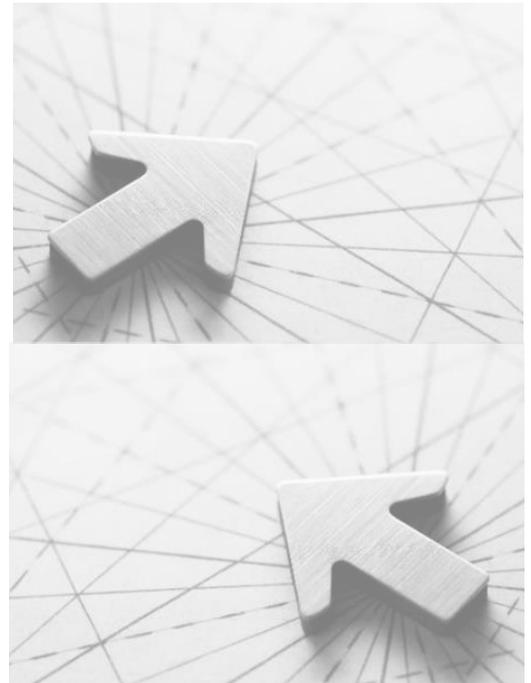
LE LIEN ENTRE LE DÉNI ET LE RISQUE DE RÉCIDIVE

En corrigeant certaines lacunes de la méta-analyse de Hanson et Bussièrès (1998), qui avait conclu à une absence de lien entre le déni et le risque de récidive, Hanson et Morton-Bourgon (2005) ont confirmé que le lien entre le déni et le risque était ténu, voire absent. Cependant, d'autres études ont remis en doute ces résultats, à la suite d'explications éclairées de Lund (2000) en lien avec les biais méthodologiques des études évaluant le déni. Nunes et al. (2007) ont démontré que chez les AICS présentant un risque faible, bien que mineur, le déni était considéré comme un facteur de risque. À l'inverse, chez les AICS présentant un risque élevé, le déni n'était pas lié au risque de récidive. Lund prédisait ces résultats et les expliquait par le fait que chez les AICS à risque élevé, le déni ne s'ajoute pas à l'ampleur des facteurs de risque déjà présents, contrairement aux AICS à faible risque chez qui il n'y a que peu d'autres facteurs de risque. Aussi, Nunes et al. ont observé que le déni était associé à un taux de récidive légèrement plus élevé chez les AICS incestueux, comparativement aux AICS ayant fait des victimes inconnues. Chez les premiers, le déni permettrait possiblement aux éventuels récidivistes d'entretenir la relation problématique avec l'enfant et de réduire les barrières chez les membres de leur entourage, facilitant la perpétration d'un nouvel abus sexuel.

Aussi, Langton et al. (2008) suggèrent, contrairement à Hanson et Morton-Bourgon (2005), que lorsque le déni est conçu comme une variable continue (plusieurs degrés) et non dichotomique (absent ou présent), les niveaux plus élevés de déni sont associés à des taux de récidive légèrement plus élevés chez les AICS à risque élevé.

Les chercheurs.ses s'entendent pour dire que le déni n'est globalement pas associé au risque de récidive. S'il l'est, c'est de manière faible et pour des sous-populations spécifiques d'AICS (Craissati, 2015; voir aussi Yates, 2009).

Pourtant, les dénégateurs sont encore perçus comme étant à plus haut risque. Le déni influence négativement les décisions judiciaires et les décisions cliniques, dont l'inclusion en traitement et l'évaluation du progrès thérapeutique (McGrath et al., 2010; Craissati, 2015; Harkins et al., 2015). Plus de 90% des programmes spécialisés en Amérique du Nord incluent la Responsabilité face au délit comme une cible de traitement (McGrath et al., 2010). Sans dire que c'est inadéquat de procéder ainsi, l'accent mis sur cette cible est souvent démesuré. Néanmoins, la responsabilisation face au délit pourrait agir comme un « facteur de réceptivité » important qui, sans être suffisant au progrès thérapeutique, pourrait être nécessaire (Schneider & Wright, 2001). En effet, bien que les études n'aient pas démontré que l'absence de déni favorise le succès thérapeutique, la responsabilisation pourrait favoriser l'engagement vers le changement (Levenson, 2011). Toutefois, ce serait une erreur de considérer le déni comme un obstacle au traitement. Jill Levenson propose plutôt de le voir comme une cible de traitement et un critère de succès de la thérapie. Pour elle, il serait paradoxal de demander à un AICS de se sortir de son déni pour être inclus en traitement, puisque dans les faits... il a besoin d'un traitement pour se sortir de son déni.



LA CONCEPTUALISATION DU DÉNI

Différentes typologies ont été tentées au fil des années, bien que celle de Schneider et Wright (2001; voir aussi Schneider & Wright, 2004), nous semble la plus parcimonieuse. Ces auteurs ont créé un outil, le FoSOD (*Facets of Sexual Offender Denial*) afin de représenter la notion « continue » du déni (par opposition à une vision dichotomique) ainsi que les diverses formes que peut prendre le déni.

De leur étude de développement de leur questionnaire, 6 types sont ressortis, dont deux incluant des sous-types :

1. Le déni du délit (incluant les sous-types Déni de la survenue des actes et Déni de l'impact sur la victime);
2. Le déni de l'étendue du délit (p.ex., reconnaître un geste sur quatre);
3. Le déni de l'intention (stress, dépression, malchance, etc.);
4. Le déni dû au désir perçu chez la victime;
5. Le déni de la planification (intérêt sexuel, *grooming* de la victime ou « *auto-grooming* » via la fantasmagorie);
6. Le déni du risque de récidive (incluant les sous-types Déni de l'intérêt sexuel et Déni du risque futur).

D'autres formes de déni ont été testées, mais n'ont pas été retenues par les auteurs, dont le Déni du déni. Selon plusieurs auteurs, la plupart de ces formes de déni sont en lien avec les processus de justification et de biais de traitement de l'information, aussi appelés « distorsions cognitives » (Yates, 2009). Notons que le « déni dû au désir perçu chez la victime » a été considéré par les auteurs comme une forme distincte de déni, quoique apparentée au sous-type « déni de l'impact sur la victime ».

Des modèles complémentaires visant à conceptualiser le déni ont été proposés et permettent d'enrichir la compréhension du phénomène. Schneider et Wright (2004) incluent trois grandes catégories de déni :

1. Réfutation : déni complet, position de victime de l'AICS, déni de l'impact sur la victime.
2. Minimisation : déni de l'étendue des gestes, de la responsabilité, etc. La minimisation est davantage liée aux distorsions cognitives.
3. Dépersonnalisation : déni de planification, d'intérêt sexuel, de risque. La dépersonnalisation est liée plus aux difficultés des AICS d'admettre qu'ils sont le « genre de personne » à commettre des infractions de nature sexuelle.

Craissati (2015) propose, en continuité avec Schneider et Wright (2004), un continuum du déni. Plus un AICS se situe vers la gauche du continuum, plus il utilise des stratégies conscientes de déni et plus le déni vise à réduire les conséquences. Plus un AICS se situe vers la droite du continuum, plus il tente d'éviter d'être en contact avec sa perturbation émotionnelle (honte) et plus les stratégies utilisées sont inconscientes et ses pensées distorsionnées. **Craissati illustre ainsi que pour la grande majorité des AICS, il existe une forme de stratégie, consciente certes, mais surtout, une autoprotection défensive en grande partie non-conscientisée.**

La grande majorité des auteurs dans le domaine s'entendent sur quelques constats :

1. Le déni prend diverses formes. Il n'est pas dichotomique.
2. Le déni peut varier dans le temps et est donc sensible à l'intervention.
3. Le déni est presque toujours composé d'une partie consciente/stratégique et d'une partie inconsciente/défensive. Il inclut une part importante de distorsion de la pensée qui doit attirer l'attention clinique bien plus que la négation en tant que telle. Cette part distorsionnée parle de la souffrance de l'individu.
4. Le déni devrait être vu comme une cible de traitement et/ou un critère de réussite et non pas comme un critère d'exclusion au traitement.
5. Les types de déni devraient être évalués chez le client. Les fonctions spécifiques des formes de déni devraient être analysées et travaillées.
6. Une approche « sensible au déni »¹ favoriserait la résolution du déni.

¹ Il s'agit ici d'une appellation utilisée par l'auteur du présent texte afin de faire référence aux concepts de l'approche sensible au trauma, dont plusieurs des concepts semblent pouvoir être utilisés afin d'orienter la gestion thérapeutique des clients dénégateurs.

L'ÉVALUATION DES DIVERSES FORMES DE DÉNI

L'outil du FoSOD, nommé précédemment et évaluant 6 types de déni principaux, contient 58 items. Ses échelles sont dites bonnes à excellentes sur le plan de la consistance interne. Sa validité de construit semble bonne. Cependant, l'outil corrèle beaucoup avec une échelle de désirabilité sociale. Il semble présenter une bonne validité prédictive, permettant de distinguer les gens avancés en traitement de ceux en étant à leurs débuts.



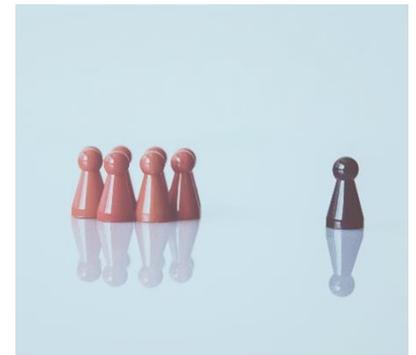
Le FoSOD a permis d'identifier différents types de déni sensibles à l'intervention et l'évolution du client, en plus de démontrer que le déni est une variable continue et non dichotomique. Puisqu'il est très sensible à la désirabilité sociale, il pourrait être préférable, à notre avis, que ce soit l'intervenant.e qui l'utilise afin de mieux comprendre les formes de déni de son client et mieux orienter ses interventions.

Notons qu'il existe d'autres outils, similaires au FoSOD, pour évaluer le déni et la minimisation chez les AICS. Citons ici le DMCL-III ou *Denial and Minimization CheckList* (Langton et al., 2003), ainsi que le *Comprehensive Inventory of Denial – Sex Offender version* (CID-SO; Jung, 2004).

LES FONCTIONS ET LES ORIGINES DU DÉNI

Le déni est une réponse naturelle et saine. Il a longtemps été perçu, en grande partie à tort, comme une tentative de l'AICS de « tromper » les gens et comme une bonne raison de ne pas inclure un individu en traitement ou de lui imposer une sanction plus sévère (Schneider & Wright, 2004). La très grande majorité des AICS « savent », au fond d'eux-mêmes, que le comportement qu'ils ont commis est « mauvais ». Leur estime de soi est perturbée. La honte les dévore. Elle prend le dessus sur la culpabilité et cause une forte souffrance intérieure. Le déni, à un degré ou un autre, sous une forme ou une autre, est un mécanisme sain pour rétablir un tant soit peu l'estime de soi et « survivre ». Il favorise aussi une identité de non-délinquant, souvent requise pour persévérer dans une vie constructive et prosociale (Craissati, 2015).

En plus de la honte, déjà suffisamment destructrice, l'AICS est confronté à des conséquences négatives sur le plan social : stigmatisation, perte d'amis, perte de membres de la famille, etc. Il est absolument habituel de recourir au déni pour se préserver dans ce genre de situations.



Chez la majorité des AICS, le déni est motivé par la honte et l'embarras (Levenson, 2011). Rares sont ceux pour qui le déni est exclusivement motivé par l'hostilité, le mensonge pathologique et la pure manipulation et/ou un désir de perpétuer la délinquance (bien que cela existe également). Il y a néanmoins dans le déni, rappelons-le, une coexistence entre une portion stratégique et une portion défensive (Schneider & Wright, 2004).

Mann et Shingler (2006) font ressortir dans leur étude que le processus d'attribution externe est associé à un meilleur bien-être et de meilleurs résultats thérapeutiques, de manière générale, en psychothérapie. Croire que les comportements ne proviennent pas tous d'un défaut de la structure même de l'individu semble être essentiel au rétablissement. L'externalisation totale du blâme est, bien entendu, une mauvaise avenue vers le rétablissement. Les auteures soulignent néanmoins qu'un bon dosage est requis entre la responsabilisation individuelle et l'attribution externe du blâme. Ce type d'extériorisation du blâme n'est toutefois pas perçu comme étant acceptable chez les AICS. Mais si c'était un passage obligé vers le rétablissement? Craissati (2015) insiste d'ailleurs sur le fait que les gens qui se désistent (qui abandonnent) de la délinquance sexuelle ont des attributions plus externes de leurs crimes, puisque le

« déni » qui engendre ce type d'attributions favorise la création d'un « script » qui promeut les comportements prosociaux.

Notons au passage que chez certaines cultures, des influences systémiques peuvent engendrer des réponses et des attitudes s'apparentant au déni, mais n'en n'étant pas nécessairement. En effet, certains codes et certaines valeurs peuvent, par exemple, empêcher qu'un usager se « place dans les souliers » de l'autre et tente de savoir ce que l'autre ressent. Par exemple, chez certaines cultures, une telle attitude « empathique » est jugée plutôt irrespectueuse, puisque c'est uniquement la personne concernée qui peut savoir et partager ce qu'elle ressent (p.ex., voir Jaccoud & St-Louis, 2022). Un.e évaluateur.trice pourrait rapidement conclure à l'existence de déni, ce qui ne serait pas le cas. Aussi, il importe de considérer l'influence des traumatismes systémiques et intergénérationnels sur des attitudes qui se manifesteront davantage en contexte d'évaluation ou de traitement, comme une tendance à acquiescer à l'autorité ou, à l'inverse, à ne pas dévoiler certains secrets. Il existe enfin certaines barrières linguistiques qui peuvent affecter la compréhension des choses, notamment sur le plan syntaxique. Il peut arriver, par exemple, qu'un individu autochtone acquiesce à un énoncé formulé à la négative en raison simplement d'une particularité langagière (Jaccoud & St-Louis, 2022). Bref, parfois, le déni perçu pourra être influencé par autre chose que les réalités psychiques de l'individu. Par surcroît, le déni apparent pourrait ne pas en être; tout comme l'absence de déni apparente pourrait cacher un déni latent.

La « normalité » du déni fait dire à grand nombre d'auteurs dans le domaine que le déni a essentiellement une fonction protectrice et que la réduction du déni devrait être vu comme un résultat thérapeutique et non comme une condition au traitement. La responsabilisation devrait être perçue comme un facteur de réceptivité au traitement et être travaillée comme tel, selon une approche constructive de type motivationnelle (Schneider & Wright, 2004). Nous y reviendrons.

LES BONNES ET LES MOINS BONNES RAISONS DE S'ATTARDER AU DÉNI

Les auteurs recensés jusqu'à présent parlent peu ou pas des raisons « positives » d'interpeller le dénégateur et de le faire cheminer vers la responsabilisation. D'abord, notre société met beaucoup d'accent, avec raison, sur le rétablissement des victimes. La reconnaissance et la responsabilisation de l'AICS face aux gestes permet dans une certaine mesure de réparer les torts. Cette réparation prend souvent une forme plus symbolique et se déroule entre l'intervenant.e et l'AICS, mais elle peut aussi prendre une forme réelle avec des procédures fondées sur la justice réparatrice et la médiation. Dans cette optique, le fait que le déni n'ait aucun lien avec le risque de récidive n'a pas la moindre importance sur la décision de travailler à le défaire...



Ensuite, le déni empêche parfois l'AICS de travailler sa honte profonde. Comme le disent Mann et Shingler (2006), l'externalisation du blâme est requise pour le bien-être... dans une certaine mesure seulement. Peut-on réellement faire progresser un usager sur le plan de son bien-être, sans jamais viser l'augmentation de la responsabilisation face au délit? La question se pose, bien que la science n'ait aucune réponse claire à fournir à ce sujet.

Plusieurs auteurs proposent de travailler les sphères périphériques au délit sexuel afin de diminuer l'impact de facteurs de risque de récidive, sans nécessairement aborder le délit sexuel, du moins, a priori (p.ex., Craissati, 2015). Le travail du déni devient alors caduc. Cependant, qu'en est-il *si le déni se répercute au-delà du délit sexuel* et qu'il induit des résistances à travailler des sphères périphériques, mais aussi centrales, comme les relations sociales ou la gestion des émotions? Cliniquement, il semble que la réduction du déni soit parfois requise pour progresser en traitement. Langton et al. (2008) soulignent que d'aborder les distorsions cognitives (et donc, la responsabilisation face aux délits sexuels) est important

afin de faire ressortir et restructurer les croyances et attitudes latentes supportant les délits, les attitudes antisociales et les biais perceptuels, tous pouvant être liés au risque de récidive.

Il y a donc de bonnes raisons de s'attarder sur le déni lors d'un suivi thérapeutique. Mais il y en a aussi de mauvaises. Craissati (2015) parle de la culpabilité et du malaise qui occupent inévitablement l'esprit de l'intervenant.e dans son interaction avec l'AICS. Selon elle, l'intervenant.e est typiquement guidé.e par des codes moraux forts, parfois même rigides. Il peut se produire en cours de traitement une forme d'identification implicite, en quelque sorte, entre l'intervenant.e et la victime. Poussé.e par ses codes moraux et ses propres enjeux face à une sorte de « culpabilité de complicité » en lien avec le déni de l'AICS, l'intervenant.e peut placer un accent démesuré sur la reconnaissance, dans le but de solliciter chez l'AICS des sentiments de culpabilité et de remords qui seront bénéfiques pour l'intervenant.e et, symboliquement, pour la victime. Ce genre de réaction, normale et répandue, peut devenir contre-thérapeutique. Elle est difficile à percevoir et à modifier, surtout en raison du fait qu'elle soit moralement très acceptable (elle est associée à l'idée, bien vue, de « prendre le bord des victimes »).

Janicki (2015), en réponse à Craissati (2015), soulève un autre regard provenant d'agents de probation comme lui. Les intervenant.e.s ont une imputabilité face aux victimes d'agression sexuelle et face à la société. La reconnaissance et la responsabilisation en fait partie. Il ne faut donc pas rejeter les interventions visant à comprendre et réduire le déni. Il est essentiel cependant que le travail thérapeutique soit « sensible au déni ».

En résumé, les intervenant.e.s travaillent parfois le déni pour de bonnes raisons et, d'autres fois, pour de moins bonnes raisons. Il est important d'apprendre à distinguer les deux, ce qui demande de l'intervenant.e une bonne analyse clinique du déni de son patient et de ses prédispositions personnelles et professionnelles.

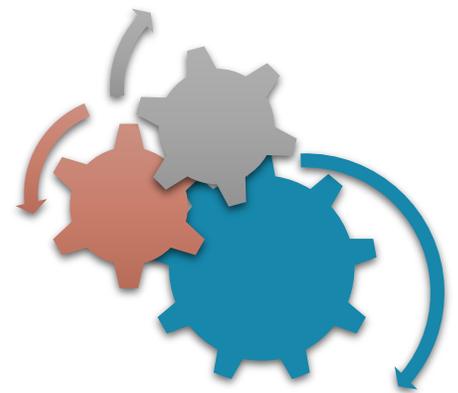
« CASSER LE DÉNI » PENDANT L'ÉVALUATION ET LE TRAITEMENT

La question se pose : pendant combien de temps peut-on tolérer qu'un individu en traitement soit dans un état de complète dénégation? Existe-t-il des moyens de « forcer » un peu les choses, dans le but d'augmenter l'efficacité et la rapidité du traitement?

Certains proposent des techniques comme l'exposition aux résultats d'une pléthysmographie pénienne ou d'un polygraphe ou la lecture accompagnée de rapports policiers et de déclarations de victimes, par exemple. D'autres suggèrent plutôt un programme préparatoire visant explicitement le déni (p.ex., Schneider & Wright, 2004).

Les études démontrent que le déni peut prendre diverses formes et qu'il est toujours au moins partiellement inconscient. Est-ce qu'un travail « de front » est pertinent pour déconstruire un mécanisme parfois aussi complexe que le déni? Ce genre de méthode ne risque-t-elle pas d'engendrer une réaction d'hostilité et d'opposition supplémentaire chez le client? La littérature n'offre pas de réponse claire à ce sujet. Cependant, selon plusieurs auteurs, il semble cliniquement et éthiquement préférable d'adopter une approche graduelle et empathique lors de la gestion du déni. L'idée même de « casser le déni » apparaît contre-productive dans cette perspective (p.ex., voir Levenson, 2011; voir aussi Yates, 2009).

Nous verrons à la fin de ce document comment la réflexion éthique peut offrir une aide à l'intervenant.e qui s'interroge sur le bien-fondé d'une approche thérapeutique chez le dénégateur en l'absence de données scientifiques claires.



LE TRAITEMENT DES DÉNÉGATEURS

Levenson (2011) propose de concevoir le déni comme un processus imbriqué dans la distorsion cognitive et donc, d'admettre en traitement les gens qui sont aux prises avec une forme ou une autre de déni, à un degré ou un autre. Comme le disaient Schneider et Wright (2004), demander à un usager de ne plus être en déni pour débiter le traitement serait l'équivalent de lui demander d'avoir réussi son processus thérapeutique avant de le débiter. Ces réflexions font quasi-consensus parmi les références citées dans le présent texte. Toutefois, la manière d'aborder le déni diffère selon les approches.

Certains abordent la notion de « groupe préparatoire ». Cependant, cette notion est contradictoire en soi. La littérature semble plutôt proposer que le déni soit un mécanisme normatif devant être abordé pendant le traitement et non devant être une condition d'admission au traitement. Un groupe préparatoire qui mettrait l'accent sur la responsabilisation et la reconnaissance des gestes, dans le but de progresser vers la « vraie » modalité thérapeutique, ne semble pas être l'option à privilégier (voir Craissati, 2015).

Certains proposent un groupe de traitement séparé pour les dénégateurs. Dans ce groupe, les thèmes d'importance sont travaillés, mais l'obligation de se responsabiliser face à l'infraction sexuelle et même celle de reconnaître cette infraction sexuelle est supprimée. Les sphères de risque périphériques au délit sexuel sont abordées, de même que, pour certains, les besoins fondamentaux. Dans ce genre de groupe ne sont donc pas travaillés des concepts comme la chaîne délictuelle, l'intérêt sexuel déviant ou même la notion de risque. En revanche, l'impulsivité, la gestion des émotions, les relations interpersonnelles et même l'intimité et la sexualité sont des exemples de domaines de travail thérapeutique possibles. Marshall et al. (2001) proposent un groupe de la sorte, orienté vers les facteurs criminogènes non-sexuels, ne requérant pas la reconnaissance des délits sexuels.

Pour débiter ce genre de groupe, il faut disposer d'un nombre suffisamment important de dénégateurs, ce qui n'est pas si facile. Qu'en est-il d'inclure les dénégateurs dans un groupe de traitement spécialisé régulier? Peut-on profiter de la contamination positive possible des gens qui reconnaissent leur délit envers ceux qui ne le reconnaissent pas? Doit-on plutôt craindre la contamination négative des dénégateurs sur ces derniers? Est-il envisageable d'accepter qu'un client en particulier ne parle pas de ses délits sexuels? Quel effet cela peut-il avoir sur le reste du groupe?

Puis il y a, bien entendu, la possibilité d'inclure le client dénégateur dans un suivi individuel.

Que l'individu dénégateur soit inclus dans un format de groupe ou un autre, ou simplement placé en suivi individuel (les études sont quasi-absentes quant à l'efficacité relative de ces options; Craissati, 2015), il faut se rappeler que la progression thérapeutique semble associée au moins partiellement à une réduction du déni et donc, à une responsabilisation accrue (Schneider & Wright, 2004). Le travail sur les différentes formes de déni semble donc être une cible de traitement nécessaire, mais non suffisante, au changement (Schneider & Wright, 2001).

Afin d'aider l'individu dénégateur à surpasser son déni, il importe d'abord de bien évaluer les formes de déni présentes chez lui. Des outils comme le FoSOD peuvent donner un bon coup de pouce aux intervenant.e.s. Chaque client peut se voir attribuer un objectif précis en lien avec sa forme et son degré de déni spécifiques, ainsi qu'en lien avec les fonctions précises que peut revêtir ce déni pour lui. Le déni est ainsi repositionné à sa juste place : une cible de traitement et non un critère d'exclusion (voir aussi Langton et al., 2008, qui proposent que le travail sur le déni n'ait pas



comme objectif d'éliminer tout déni, mais plutôt qu'il soit un outil pour évoquer et restructurer les croyances antisociales plus profondes qui, elles, pourraient être associées au risque de récidive).

Une atmosphère propice au travail du déni est alors requise, ce que nous avons appelé plus tôt une « approche sensible au déni », afin de faire référence aux attitudes thérapeutiques recommandées pour aider l'usager à se défaire des mécanismes de protection qu'il a mis en place, de manière légitime, pour éviter de souffrir face au délit qu'il a commis : *sécurité, confiance, choix, collaboration, pouvoir d'agir*. L'usager doit sentir qu'il se trouve dans un environnement protégé, qu'il pourra y aller à son rythme et dans le respect de son intégrité psychique en lien avec la reconnaissance et la responsabilisation. Chaque usager est différent. Ça peut prendre quelques séances ou plusieurs mois. La patience est de mise pour l'intervenant.e.

Utiliser une approche de type motivationnelle peut aider. Faire ressortir les besoins fondamentaux et les valeurs principales de l'individu aussi. Il est possible de jongler avec le concept de dissonance cognitive en invitant l'usager à comprendre comment certains comportements (hors-sexualité) peuvent ne pas refléter l'individu qu'il est. Illustrer ensuite les conséquences intérieures de ce genre de conflits de valeurs, puis amener l'individu à faire des liens, progressivement, entre ces conflits et le déni qui l'habite par rapport à ses délits sexuels est une option. Travailler les distorsions cognitives par rapport aux infractions sexuelles peut aussi aider, dans une approche plus globale et détachée de l'individu pour commencer, puis en recentrant le travail de plus en plus sur l'individu et ses réalités, à mesure que la capacité de ce dernier à se remettre en question et se responsabiliser augmente. Enfin, on peut penser aussi à explorer les mécanismes de défense de l'individu dans différents domaines comme une avenue potentielle pour l'amener à progresser vers la responsabilisation face au délit.

Peu importe la stratégie utilisée, il est préférable que le travail du déni soit une cible de traitement indirecte. Dans les exemples cités dans le paragraphe précédent, le travail réalisé avec l'usager sera garant de changement thérapeutique, que l'usager reconnaisse ou non les délits sexuels en bout de ligne. Le processus thérapeutique est donc plus important que le résultat en lien avec le déni qui, rappelons-le, ne doit pas être vu comme un critère absolu de réussite du traitement, mais bien comme un critère parmi d'autres.

Répetons que la confrontation directe du déni ne risque que de stimuler l'argumentation et nuire à la collaboration de l'usager, menant souvent à une fin prématurée du traitement (Yates, 2009).

Rappelons aussi le résultat intéressant, bien que contre-intuitif, de Mann et Shingler (2006), comme quoi un « excès » d'attribution interne du blâme peut miner le succès thérapeutique. Un bon dosage entre l'attribution interne et externe est requis (Yates, 2009). Bien entendu, certaines attributions ne sont socialement pas acceptables, notamment celles qui mettraient la faute sur la victime. Toutefois, la question n'est pas de savoir si c'est moralement bien ou mauvais de « laisser passer » certaines de ces distorsions cognitives, mais plutôt de se demander si dans tel contexte, avec tel individu dénégateur, pour telle et telle raison, un travail est requis. Ne serait-il pas préférable, dans plusieurs cas, d'investir du temps de traitement, déjà limité en raison de nos ressources, dans des sphères plus constructives? La décision de poursuivre un travail sur une forme de déni chez un usager devrait relever d'une réflexion clinique individualisée à l'usager (et si possible, concertée) et ne surtout pas être systématique. Le guide de réflexion éthique proposé par Levenson (2011) et présenté ci-dessous peut servir de base à la décision.



CE QU'IL FAUT GARDER EN TÊTE... EN SILENCE

Certains auteurs, comme Harkins et al. (2015), nous rappelle qu'il existe des cas, bien que très minoritaires, dans lesquels le déni reflète la possibilité bien réelle que l'individu n'ait pas commis le geste. L'intervenant.e peut garder cette réflexion à son esprit lorsqu'il.elle s'oriente sur les manières de répondre au déni d'un client.

UNE DERNIÈRE RAISON DE NE PAS S'ACHARNER SUR LE DÉNI

Il est important de rappeler que plusieurs études démontrent que les AICS, s'ils récidivent, récidivent significativement plus dans des délits criminels généraux et non sexuels. Il est important que l'intervenant.e se souvienne de ce fait lorsqu'il.elle réfléchit à l'orientation à prendre face au déni d'un client en lien avec ses délits sexuels.

EN RÉSUMÉ

Il faut accorder une importance clinique au déni chez les AICS, bien évaluer les formes et les degrés de déni présents chez un usager, puis les travailler en tant que cibles de traitement. Comprendre les fonctions du déni, travailler vers la responsabilisation sans jamais surinvestir cette sphère au détriment des autres. Enfin, surtout, ne pas utiliser le déni comme critère d'exclusion, sauf dans certains rares cas où il serait contre-thérapeutique et éthiquement inapproprié d'inclure un client dénégateur en traitement.



Un complément : la réflexion éthique pour savoir comment gérer le déni d'un client

Levenson (2011) est la seule, à notre connaissance, à avoir conclu qu'étant donnée l'ambiguïté des résultats dans la littérature en lien avec le déni, une approche de réflexion éthique peut devenir un outil intéressant.

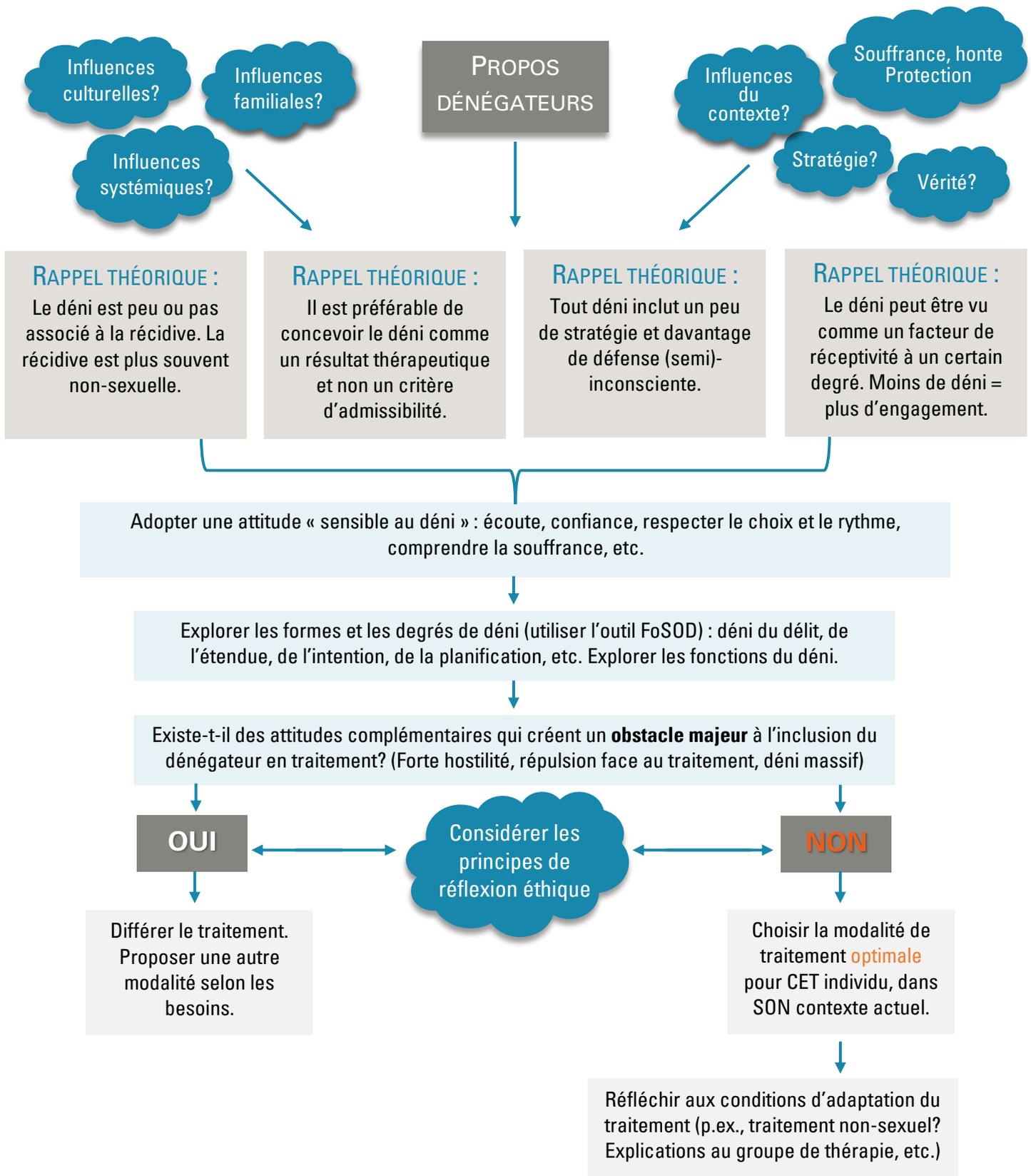
Elle rappelle les quatre grands principes de la réflexion éthique :

1. **AUTONOMIE** : l'AICS ne devrait pas ressentir une pression d'admettre. Il a le droit de divulguer ce qu'il souhaite divulguer, au rythme qui lui convient.
2. **BIENFAISANCE** : promouvoir le bien-être de l'AICS, malgré son déni ou sa minimisation, semble être un devoir éthique. Le suivi en traitement pourrait aussi être bénéfique aux autres, soit la société dans son ensemble et les victimes éventuelles, le cas échéant.
3. **NONMALFAISANCE** : forcer un client à demeurer en traitement lui nuira-t-il? Cela nuira-t-il à la société, par exemple en augmentant insidieusement certains facteurs de risque de récidive? Les bienfaits de l'inclusion ou de l'exclusion pour le client et la société surpassent-ils les inconvénients?
4. **JUSTICE SOCIALE** : on ne peut pas refuser un traitement à un AICS qui en a besoin, même si ce dernier « ignore » qu'il en a besoin, en raison du fait qu'il n'est pas un client idéal.

La réflexion éthique de Levenson (2011) est biaisée par la position claire qu'elle adopte en lien avec le déni : une admission inconditionnelle en traitement des dénégateurs. Néanmoins, les quatre grands principes précédents peuvent être utilisés comme base et la réflexion peut être individualisée à un usager précis, dans un contexte précis. La décision éthique subséquente peut varier, bien entendu, d'un individu à l'autre. Cela dit, afin d'éviter les biais, il semble indispensable de procéder à un exercice de réflexion éthique en collaboration avec quelques autres personnes.

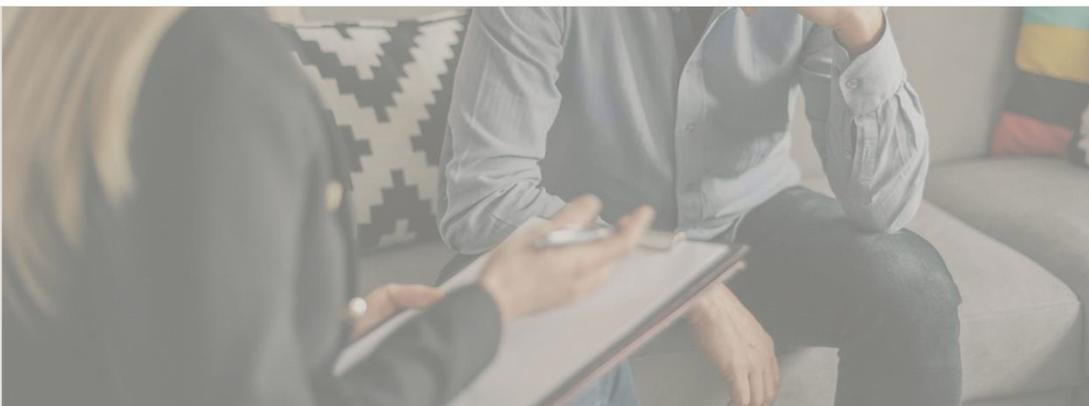
DIAGRAMME DE RÉFLEXION SUR LE DÉNI

Ce diagramme tente d'amalgamer les connaissances actuelles concernant le déni afin d'assister l'intervenant.e dans ses choix cliniques lorsqu'un client dénégateur est rencontré.



Réflexions supplémentaires

1. Il peut sembler contradictoire parfois que les intervenant.e.s tentent à tout prix de réduire les « minimisations » fondées sur l'externalisation du blâme. Pourtant, plusieurs types d'interventions cliniques peuvent être vues comme un travail favorisant l'externalisation : le travail sur les schémas parentaux (faute indirecte des parents), le travail sur les besoins fondamentaux (faute contextuelle placée sur des besoins non-répondus), le travail sur l'intimité et le couple (faute placée en partie sur la situation conjugale), etc. Ce ne sont donc bien souvent PAS des minimisations, mais plutôt des facteurs extérieurs à l'individu qui ont réellement participé au délit sexuel. Le délit sexuel provient d'un mélange de facteurs internes et externes. Il ne serait donc pas essentiel de chercher à ce que l'auteur d'infraction sexuelle se responsabilise de l'entièreté de ses actions. Dit autrement, la responsabilisation doit dépasser l'individu et inclure son système.
2. L'étude qualitative de Farmer et al. (2016) fournit des pistes intéressantes. Les récits des événements que se construisent les auteurs d'infractions sexuelles ont possiblement comme fonction la « gestion de la honte », soit un processus qui permet de maintenir un récit narratif constructif, favorisant la réhabilitation et l'intégration d'un script d'individu non-délinquant. Ce processus est essentiel. Viser une entière responsabilisation risque d'augmenter la culpabilité, voire la honte, et être une approche thérapeutique contre-productive, même si bien intentionnée (envers l'auteur, envers la victime, envers la société, envers le thérapeute, etc.). Les effets iatrogènes sont donc possibles et il ne faut pas s'acharner sur les attributions externes, mais plutôt les voir comme faisant partie d'un processus et d'un tout :
...those charged with the treatment of such individuals need to be cognizant of the potential value of such “neutralisations” in the stigma management process and of the capacity of people who have committed harmful acts to create an appealing self-identity that distances them, cognitively and socially, from their sexual offending.
3. Il pourrait être préférable de focuser en traitement sur les avantages à développer un Soi futur positif. La responsabilisation peut être incluse dans ce « Soi futur positif », mais un « excès de responsabilisation » pourrait peut-être contribuer au développement d'un Soi passé négatif. C'est avec le Soi futur positif qu'on pourra véritablement travailler la motivation au changement et, surtout, l'engagement vers le changement.



RÉFÉRENCES

- Craissati, J. (2015). Should we worry about sex offenders who deny their offences? *The Journal of Community and Criminal Justice*, 62 (4), 395-405.
- Farmer, M., McAlinden, A.-M., & Maruna, S. (2016). Sex Offending and Situational Motivation: Findings From a Qualitative Analysis of Desistance From Sexual Offending. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60 (15), 1756-1775.
- Hanson, R. K., & Bussières, M. T. (1998). Predicting Relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (2), 348-362.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. E. (2005). The Characteristics of Persistent Sexual Offenders: A Meta-Analysis of Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(6), 1154–1163.
- Harkins, L., Howard, P., Barnett, G., Wakeling, H., & Miles, C. (2015). Relationships Between Denial, Risk, and Recidivism in Sexual Offenders, *Archives of Sexual Behavior*, 44, 157-166.
- Jaccoud, M., & St-Louis, Lyne (2022). *Réalités autochtones et pratiques des criminologues*. Conférence organisée par le CICC en collaboration avec l'Ordre professionnel des criminologues du Québec. 14 juin 2022. Visionnée le 10 mai 2023. <https://www.cicc-iccc.org/fr/evenements/colloques/realites-autochtones-et-pratiques-des-criminologues>.
- Janicki, N. (2015). "Should we worry about sex offenders who deny their offences?": A practitioner response. *The Journal of Community and Criminal Justice*, 62 (4), 406-410.
- Jung, S. (2004). *Assessing denial among sex offenders*. Unpublished doctoral dissertation, University of Victoria, British Columbia, Canada.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Harkins, L., Arenovich, T., McNamee, J., Peacock, E. J., et al. (2008). Denial and Minimization among sexual offenders: Posttreatment Presentation and Association With Sexual Recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 35 (1), 69-98.
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., & McNamee, J. (2003). *The Denial and Minimization Checklist-III: Scoring guidelines*. Unpublished manuscript.
- Levenson, J. S. (2011). "But I Didn't Do It!": Ethical Treatment of Sex Offenders in Denial. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 23 (3), 346-364.
- Mann, R.E., & Shingler, J. (2006). Schema-driven cognitions in sexual offenders: Theory, assessment, and treatment. In W.L. Marshall, Y.M. Fernandez, L.E. Marshall, & G.A. Serran (Eds.), *Sexual offender treatment: Controversial issues* (pp. 173-185). Hoboken, NJ: Wiley.
- Marshall, W. L., Thornton, D., Marshall, L. E., Fernandez, Y. M., & Mann, R. (2001). Treatment of sexual offenders who are in categorical denial: A pilot project. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13, 205-215.
- McGrath, R., Cumming, G., Burchard, B., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current Practices and Trends in Sexual Abuser Management*. The Safer Society 2009 North American Study. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Nunes, K. L., Hanson, R. K., Firestone, P., Moulden, H. M., Greenberg, D. M., & Bradford, J. M. (2007). Denial Predicts Recidivism for Some Sexual Offenders. *Sex Abuse*, 19, 91-105.
- Schneider, S. L., & Wright, R. C. (2004). Understanding Denial in Sexual Offenders: A Review of Cognitive and Motivational Processes to Avoid Responsibility. *Trauma, Violence, & Abuse*, 5 (1), 3-20.
- Schneider, S. L., & Wright, R. C. (2001). A Measurement Tool for Reconceptualizing the Role of Denial in Child Molesters. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (6), 545-564.
- Yates (2009). Is sexual offender denial related to sex offence risk and recidivism? A review and treatment implications. *Psychology, Crime & Law*, 15 (2-3), 183-199.